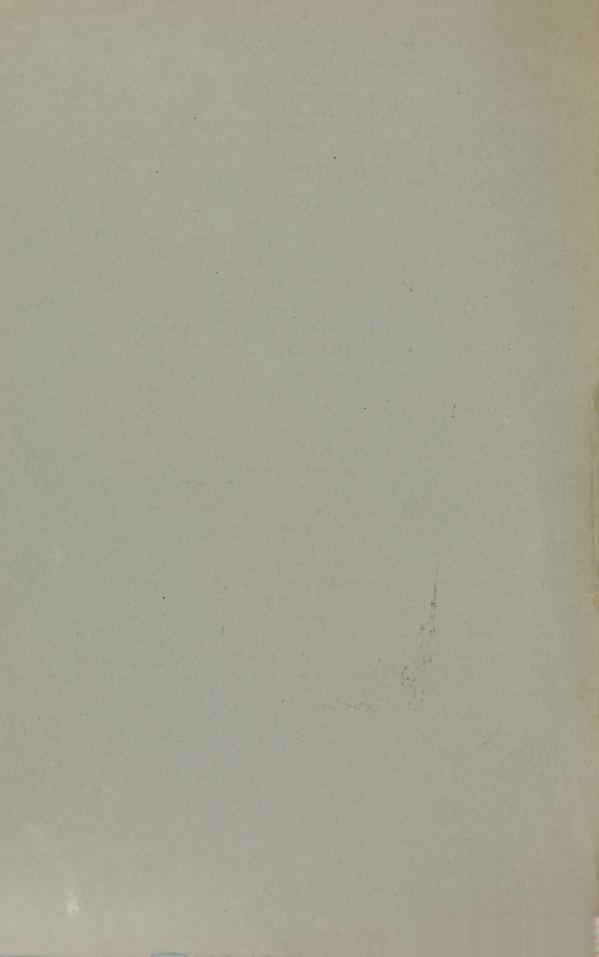
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Fernando Alves Sardinha

1883

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

DO DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL ENTRE AS DIVERSAS ESPECIES DE MYELITE CHRONICA

PROPOSIÇÕES

Cadeira de medicina legal — **Caracteres das manchas de sperma**

Cadeira de pathologia cirurgica — **Das luxações em geral**

Cadeira de materia medica e therpeutica — **Acção physiologica e therapeutica do leite**

THESE

APRERESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 5 DE SETEMBRO DE 1883

E PERANTE ELLA SUSTENTADA EM 13 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

(Approvada com distincção)

POR

Fernando Alves Sardinha

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

Natural do Rio de Janeiro (Sacra-Familia do Tinguá)

FILHO LEGITIMO DE

José Gomes Sardinha e de D. Umbelina Candida Sardinha

RIO DE JANEIRO

Typ. Central, de Evaristo R. da Costa

7 TRAVESSA DO OUVIDOR 7

1883

A' veneranda memoria

DE

MEU PAE

A' sagrada memoria de minha irman

D. LAURINDA DEL-SECCHY SARDINHA

A' MEMORIA

DE

Meus Avôs

A' minha Mãe

Eis-me, emfim, chegado ao termo da minha longa peregrinação scientifica. A vossa imagem angelica foi sempre o pharol, que me aclarou o caminho tenebroso a percorrer. Tudo vos devo! Não fosse o santo amor que vos devoto, não fossem os vossos conselhos que, talvez, as minhas forças se aquebrantassem na lucta, que, tão cedo, emprehendi!

Aos meus irmãos, meus melhores amigos

Um amplexo.

A meu irmão e protector

O PHARMACEUTICO

JOSÉ ALVES SARDINHA

Amizade e gratidão.

AO EXM. SR.

BARÃO DE CANANÉA

O trabalho que ora vos offerto é o fructo de muitos esforços accumulados, de muitas difficuldades superadas: n'elle deve ficar gravado com lettras immorredouras o vosso nome, porquanto os primeiros passos dados na sublime, porém tortuosa carreira das lettras, á vossa generosidade devo; e, si porventura, n'este percurso conquistei louros, não me pertencem todos; recebei-os, que tambem são vossos.

AO MEU SABIO MESTRE

O Conselheiro João Vicente Torres Homem

Gratidão.

AO NOTAVAL OCULISTA

DR. MOURA BRAZIL

Em signal de reconhecimento pelas noções, que forneceo-me da especialidade, em que é uma das maiores glorias de nossa Patria.

Aos distinctos lentes da Faculdade

DR. BENICIO JOSÉ DE ABREU

E

DR. DOMINGOS DE ALMEIDA MARTINS COSTA

Homenagem á illustração.

Ao Illm. Sr. Dr. Francisco J. da Cruz Camarão

E

SUA EXMA. FAMILIA

Aos Illms. Srs. Drs.

JOAQUIM CORREIA DE FIGUEIREDO
ANTONIO JOSÉ FERNANDES
ALBERTO LEITE RIBEIRO
EUSTACHIO GARÇÃO STOCKLER
LUCINDO FILHO
ANTONIO CORREIA DE MACEDO
JOÃO JOSÉ RIBEIRO
MANOEL GONÇALVES BARROSO

Amizade e consideração.

Aos meus amigos

AOS MEUS PARENTES

Ao meu amigo

O ILLM. SR. JOÃO PEREIRA DE MORAES

Aos meus collegas de anno

E PARTICULARMENTE OS SRS.

DR. FERNANDO C. DE LEMOS

DR. MIGUEL PEREIRA

DR. SEBASTIÃO LOUREIRO

DR. NOGUEIRA PENIDO JUNIOR

DR. FERREIRA LIMA

DR. GARIBALDI CAMPINHOS

DR. JUNQUEIRA

DR. ANTONIO DE MELLO

DR. JOSINO DE BRITO

DR. EIRAS JUNIOR

DR. NEVES DA ROCHA

DR. HEITOR VALLE

DR. ANTERO MORAES

DR. COELHO GOMES

DR. ESPINDOLA

DR. ADOLPHO FERREIRA

DR. MELLO E OLIVEIRA

Aos collegas e amigos

DOMINGOS ANTUNES FERREIRA

JORGE PINTO

ALEXANDRE TAMOYO

EDMUNDO DE LACERDA

PEDRO C. DE MACEDO

CARLOS C. ALVES

VIRIATO GUIMARÃES

HENRIQUE DE BRITO

CAETANO FURQUIM

AOS MEUS AMIGOS

Os distinctos pharmaceuticos

VICENTE WERNECK

MANSO SAYÃO

CORREIA PINHEIRO

JOÃO CHAVES

AOS DOUTORANDOS DE 1884

A' FACULDADE DE MEDICINA

ERRATA

Pag. 9, linha 25, onde lê-se — *edema*, lêa-se — *ischemia*.

Onde lê-se — *consecutivo*, leia-se — *consecutiva*.

Pag. 78, proposição VI, onde lê-se — *confirmação*, lêa-se — *conformação*.

INTRODUCÇÃO

Escolhendo para objecto de nossa dissertação o *diagnostico differencial entre as diversas especies de myelite chronica*, concebemos desde logo quão ardua era a nossa missão.

Assumpto de tanta transcendencia, para cuja elucidação devem concorrer a observação clinica e profundos estudos de anatomia pathologica, não receberá, por certo, da nossa penna impulso algum, nem foi esse o nosso fim discutindo-o.

Não obstante os progressos da microscopia, que, n'este seculo, tantas luzes tem espalhado sobre o vasto campo das myelites, numerosas são as difficuldades, infinitos os problemas que ainda carecem de resolução, mui densos os véos que envolvem ainda essa parte da pathologia do systema nervoso.

Perante tantas difficuldades é mister que não desanimemos; muito ha a esperar ainda da anatomia e da physiologia da medulla! No dia em que os estudos de anatomia e de physiologia d'esse orgam tiverem chegado ao seu apogêo de perfeição, novos horisontes descortinar-se-ão no estudo clinico das myelites. Em clinica o diagnostico deve merecer especial attenção, todos os esforços devem convergir para conseguil-o de um modo positivo, porquanto, como muito bem exprime-se o professor Torres Homem — sem um diagnostico preciso não se póde estabelecer uma therapeutica racional. Ora, sendo, sob um ponto de vista geral, a parte da pathologia que demanda do clinico mais solidos conhecimentos o diagnostico, e muitas vezes mesmo rara sagacidade, comprehende-se que no estudo das myelites, tão obscuro ainda, esses dotes em muitos casos serão baldados.

Assim pois, discutindo o diagnostico d'essas differentes especies nosologicas, só aspiramos adquirir algumas noções, que possam facilitar o exercicio da nossa espinhosa, quão nobre profissão.

Muito deve o diagnostico das myelites á physiologia experimental e á histologia. A atrophia muscular progressiva, cujas lesões não podem ser descobertas a olho nú, foi incluida no quadro das myelites depois dos aperfeiçoamentos da technica microscopica. Os resultados da observação clinica, comparados com os da observação necroscopica, provam que os symptomas estão em relação com a séde das lesões, e, portanto, póde-se determinar com precisão a que symptomas dão logar as alterações das differentes partes da medulla. Vê-se,

pois, que relativamente não são poucos os progressos realisados!

Não é em um trabalho d'esta ordem que um estudo tão vasto e interessante, como é o das myelites chronicas, póde ser minuciosamente discutido; assim, em rapido esboço, dividil-o-emos em tres partes principaes. Na primeira, depois de definir e classificar as myelites chronicas, descreveremos a sua etiologia; na segunda, trataremos do quadro symptomatico, após o estudo das lesões ás quaes se filiam os diversos symptomas; e, finalmente, na terceira, apresentaremos em quadros resumidos o diagnostico das differentes especies de myelites chronicas.

Primeira Parte

PRIMEIRA PARTE

Idéas preliminares.

A medulla, bem como o cerebro, é constituida por substancia branca e cinzenta; ao inverso do que se observa n'elle, a substancia branca fórma o revestimento exterior, e a cinzenta occupa a parte central. A primeira acha-se disposta em feixes longitudinaes, é formada por tubos nervosos; a segunda é constituida por cellulas nervosas, cuja união é intimamente estabelecida com os tubos nervosos da substancia branca, por intermedio de um tecido connectivo especial, denominado *nevroglia*.

A substancia branca é dividida em cada metade symetrica da medulla em tres cordões — anterior, lateral e posterior.

Os cordões antero-lateraes transmittem as incitações motoras, d'onde se conclue muito naturalmente que uma lesão interrompendo a sua continuidade trará a paralysia das partes inferiores ao ponto alterado.

Os cordões posteriores apresentam ao estudo duas partes distinctas: a que se avizinha do sulco mediano posterior é conhecida por cordão de Goll, cordão cuneiforme, feixe mediano posterior e bandeleta interna dos cordões posteriores; a outra, situada entre o cordão de Goll e o sulco collateral posterior, é denominada zona radicular posterior, por ser atravessada e constituida, em parte, pelas fibras das raizes posteriores. Quanto ao funccionalismo dos cordões de Goll nada de positivo se tem estabelecido na sciencia. As zonas radiculares posteriores conduzem as impressões sensitivas e presidem a coordenação dos movimentos. A observação demonstra que as lesões d'estas zonas produzem perturbações de sensibilidade, como hyperesthesias, dôres fulgurantes, etc.; e si a lesão é tão profunda que traz a sua desorganisação, a anesthesia cutanea será o resultado forçado.

A falta de coordenação dos movimentos, as perturbações trophicas, taes como bôlhas pemphigoides, pustulas e escharas são attribuidas á essas mesmas lesões.

A substancia cinzenta é estudada em sua parte anterior e posterior; é o centro das acções reflexas, que se exageram si ha uma simples irritação, e se extinguem si ha desorganisação da substancia cinzenta.

Suas lesões determinam impotencia genesica, perturbações de secreção e arthropathias. — A

parte anterior, denominada cornos anteriores da substancia cinzenta, contém as grandes cellulas nervosas motoras, destinadas á transmissão das impressões motoras.

A observação tem parecido demonstrar a influencia que ellas exercem sobre os phenomenos trophicos das regiões periphericas. O papel dos cornos posteriores é, sobretudo, transmittir as impressões sensitivas, e, portanto, suas lesões determinam perturbações de sensibilidade; á ellas se filiam igualmente perturbações trophicas cutaneas — escharas, e as perturbações de circulação — paralysia vaso-motora, elevação de temperatura, injecção dos tegumentos e edema.

Occupa o leito n. 12 da quarta enfermaria de clinica medica um doente que apresenta uma dyscrasia profunda do sangue, devida, entre outras causas provaveis, á influencia manifesta do impaludismo. Accusa dormencia nos membros inferiores e uma notavel hyperestesia; e para o lado das perturbações vaso-motoras, nota-se edema dos membros abdominaes e manchas avermelhadas na parte posterior do tronco. Essas perturbações de sensibilidade e vaso-motoras foram attribuidas pelo professor Torres Homem á um edema das pontas posteriores da substancia cinzenta, consecutivo a uma alteração quantitativa e qualitativa do sangue.

Definição e Classificação

Myelite é um estado morbido, resultante de lesões inflammatorias da medulla. As lesões anatomo-pathologicas das myelites se traduzem em estado agudo por um amollecimento ou transformação granulo-gordurosa dos tubos e das cellulas nervosas; em estado chronico, pela sclerose, que consiste em uma proliferação do tecido conjunctivo (nevroglia), o qual lenta e progressivamente se transforma em fibras connectivas, que exercem uma compressão sobre os elementos nervosos, em virtude da qual estes se atrophiam.

Esta divisão de myelites agudas e chronicas, baseada em estudos anatomo-pathologicos, não é rigorosamente clinica, porquanto uma myelite póde-se transformar em chronica, assim como esta, por seu turno, póde apresentar verdadeiras recrudescencias agudas.

Comtudo, reconhecemos a utilidade d'essa divisão para o methodo e comprehensão facil d'esse estudo, por sua natureza, tão intrincado.

As myelites, segundo o modo de distribuição de suas lesões, se dividem em systematicas e diffusas. As primeiras, tambem chamadas parenchymatosas, sclerose uniforme, fasciculada, limitam-se a certos systemas da medulla, a partes da substancia branca ou a partes da substancia cinzenta, tendo funcções que lhes são proprias; as diffusas ou intersticiaes se disseminam indistinctamente pela substancia branca e cinzenta, sem que parte alguma esteja isenta de suas lesões.

A' excepção da atrophia muscular progressiva que póde apresentar uma marcha aguda, todas as outras myelites systematicas teem uma evolução sempre chronica.

Disporemos no presente quadro as myelites chronicas systematicas e diffusas na ordem em que devemos estudal-as.

Myelites diffusas chronicas	Myelites systematicas
Myelite transversa generalisada, tambem chamada por Duchenne paralysia geral espinhal diffusa.	Scleroso das cellulas cinzentas dos cornos anteriores, atrophia muscular progressiva, tephro-myelite anterior chronica.
Myelite em fócos disseminados ou sclerose em placas.	Sclerose dos cordões posteriores, ataxia locomotora progressiva, *tabes dorsalis*.

Myelites diffusas chronicas	Myelites systematicas
Myelites periphericas (anterior, posterior e annular).	Sclerose dos cordões lateraes, tabes dorsal espasmodico.
Myelite central ou perypendymaria.	Sclerose dos cordões lateraes e das cellulas cinzentas dos cornos anteriores (sclerose lateral amyothropica de Charcot).

Etiologia

N'esse estudo não fazemos a distincção das myelites em agudas e chronicas, porquanto sendo esta divisão baseada na marcha da molestia, que, em sua essencia, é sempre a mesma, torna-se patente a impossibilidade de assignalar-se causas proprias a cada uma d'essas variedades. Não é problema de facil resolução o estudo etiologico das myelites, como não o é, em geral, o das differentes outras especies nosologicas; com effeito, se algumas vezes salta aos olhos do clinico a causa que deo em resultado a molestia observada, muitas outras, por mais sagaz que seja o observador, o estado morbido existe sem que a causa se revele, ou ainda, o que não deixa de ser frequente, um individuo se expõe a diversas causas que representam papel importante na etiologia de uma determinada affecção, sem que, no entretanto, seja d'ella accommettido.

As myelites podem ser primitivas ou idiopathicas, consecutivas ou secundarias, já a uma affecção geral, já a uma local das partes vizinhas da medulla.

As causas que dão logar ás primeiras se dividem em predisponentes e occasionaes. Só descreveremos aquellas cuja influencia tem sido melhor observada.

Entre as predisponentes a idade que mais favorece o desenvolvimento da molestia é a adulta. A sclerose dos cordões posteriores (ataxia locomotora progressiva) nunca affecta a infancia. A atrophia muscular e a esclerose em placas muito communs na idade adulta, teem sido observadas igualmente nos individuos da primeira idade.

A herança é uma causa predisponente que, negal-a, seria ir de encontro aos innumeros factos que diariamente se apresentam á observação. Os factos a que alludimos parecem demonstrar que a affecção ora se transmitte de pais a filhos na mesma fórma, ora os ultimos herdam dos primeiros a predisposição para as doenças nervosas; assim, os filhos de um ataxico podem ser victimas da mesma molestia de seu progenitor ou da epilepsia, hysteria, etc. Carré cita uma familia, entre cujos membros a avó, a mãi, sete filhos e nove parentes eram ataxicos. Os factos d'essa ordem são infinitos e julgamos inutil reproduzil-os.

A syphilis é, nos parece, uma das causas predisponentes, cuja influencia menos se póde contestar.

Entre as causas determinantes aquella que concorre com maior contingente na producção das

myelites é, por sem duvida, o resfriamento. Esse juizo nasce dos casos que teem estado sob a nossa observação no Hospital da Misericordia. E' raro o doente que por nós interrogado não accuse o resfriamento como ponto de partida de todos os seus soffrimentos; ora expõe-se a resfriamentos continuos pela natureza do emprego que occupa, ora são o resultado de vestes humidas, por muito tempo, conservadas sobre o corpo, ou ainda da permanencia em logares humidos, etc. Não ha author que deixe de ligar maxima importancia aos resfriamentos na etiologia das myelites, e os factos por elles apresentados, em abono d'essa opinião, multiplicam-se ao infinito. Bernhein refere que, entre os doentes por elle observados de ataxia locomotora, muitos eram cocheiros ou conductores de carros, os quaes, como sabemos, expõem-se a todas as alternativas do tempo. O traumatismo no quadro etiologico das myelites representa papel tão importante que, sem medo de errar, podemos considerar a causa mais frequente depois dos resfriamentos.

A influencia das causas moraes não é desprezada pelos authores que se teem occupado d'esse estudo.

Foi tratado por Duchenne um padeiro affectado de sclerose em placas, cuja explosão coincidio com o terror que lhe causou o incendio de sua casa.

A ataxia locomotora tem sido, segundo o mesmo professor, observada em individuos que d'ella são accommettidos após a dolorosa impressão da noticia inesperada da morte de pessoas, que lhes são caras.

O excesso de força muscular tem sido considerado como causa principal da atrophia muscular. É certo que individuos abastados ha, que nenhum abuso fazem da sua força muscular e são no emtanto accommettidos da entidade morbida de que nos occupamos, porém não é menos certo que factos, em bom numero, parecem provar que mais se expoem á esta affecção, bem como á myelite transversa generalisada, os individuos que fatigam em excesso o seu systema muscular.

Com effeito, Hallopeau narra o facto de um serralheiro em que a paralysia começou pelos musculos do antebraço, e de um rabequista em que os extensores dos dedos foram os primeiros accommettidos.

Seria uma consideravel lacuna na etiologia das myelites o esquecimento da influencia, representada pelo esgotamento nervoso, resultante principalmente do abuso do coito, do onanismo e das pollučões nocturnas.

Bernheim observa que de todas as myelites é a ataxia locomotora progressiva a que mais vezes resulta de uma d'essas causas. Segundo uma these de Paris, o coito na posição em pé representa um papel muito importante na producção das myelites.

Rosenthal apresenta uma estatistica de 65 casos de myelites, entre os quaes oito foram attribuidos aos excessos sexuaes, doze á masturbação, dez ás polluções nocturnas.

Russel observou em sua clinica um paraplegico, que, por espaço de doze annos, entregou-se ao onanismo; tendo fallecido esse individuo, procedendo-se á autopsia, verificou-se uma sclerose da medulla na porção lombar.

Entre as causas das myelites secundarias, occupam o primeiro logar as affecções do rachis e as dos envoltorios da medulla; ha molestias de orgãos afastados, as quaes se propagam até a medulla pelos nervos; e, finalmente, as molestias geraes, sobretudo a febre typhoide.

O doente, que occupou o leito n. 7 da quarta enfermaria de clinica medica, forneceo-nos um exemplo de uma myelite secundaria, a que Duchenne denominou paralysia geral espinhal diffusa e Hallopeau myelite transversa generalisada.

Ainda não tivemos occasião de observar as myelites consecutivas ás affecções do rachis, comquanto sejam relativamente communs.

Entre as paralysias reflexas os factos citados em maior numero são os que teem por ponto de partida as affecções da bexiga e da urethra.

Ha serias duvidas sobre a natureza d'essas paralysias, e, si é verdade que será muito difficil negar-se a possibilidade da producção de uma myelite, por propagação da irritação pelos nervos periphericos do fóco morbido até a medulla, não é menos verdade que com os aperfeiçoamentos da technica microscopica se possa reduzir de um modo consideravel essas paralysias. Bernheim refere, a proposito, o facto de um paraplegico que soffria de gonorrhéa e era syphilitico; tendo morrido, e feita a autopsia, a olho nú, lesão alguma da medulla se verificou, e no entretanto o exame microscopico demonstrou acima do sexto nervo dorsal uma vasta sclerose da medulla espinhal.

As molestias agudas, que, segundo muitos factos de observação, parecem occupar um logar muito distincto no quadro etiologico das myelites

são o typho, a febre typhoide, as febres eruptivas, sobretudo a variola, cholera, diphteria e febres intermittentes.

Qual o mecanismo da acção d'estas causas na producção das myelites? Julgamos muito plausivel a explicação em que se appella para as perturbações nutritivas da medulla, analogas ás que se observam em todas as visceras e tecidos, após todo e qualquer estado febril prolongado. Beau publicou nos *Archivos de Medicina* quatro observações de paralysia diffusa sobrevindas na convalescença da febre typhoide, em que a autopsia revelou uma hyperemia consideravel das meningeas cervicaes e um amollecimento inequivoco da substancia cinzenta. Explicado assim o mecanismo da acção d'estas causas, acreditamos que, *ipso facto*, se possa explicar a influencia do alcool, cobre, arsenico, etc., na producção das myelites, chamadas toxicas, isto é, determinando perturbações nutritivas graves em todos os tecidos da economia.

Segunda Parte

SEGUNDA PARTE

Symptomatologia

É essa a bussola, que serve de guia ao clinico sobre o juizo diagnostico das differentes especies nosologicas, de que nos vamos occupar.

Os acanhados limites d'este nosso trabalho impemdem-nos, entretanto, de desenvolvel-a, como era mister; mas, tendo de esboçar rapidamente os symptomas dominantes da historia de cada uma das diversas variedades chronicas, não prescindiremos de um elemento precioso á realisação do nosso *desideratum*, mostrando os estreitos laços que prendem os symptomas á sede das lesões.

O clinico deve estudar com todo o cuidado o modo de associação, de grupamento dos

symptomas, porquanto esse estudo lhe servirá de base para o juizo que tem de firmar sobre o diagnostico da especie morbida, que observa, e para que esses symptomas sejam convenientemente interpretados, é necessario que ao espirito esteja presente a séde das lesões, ás quaes elles se filiam.

Começaremos, pois, pelos symptomas resultantes das lesões das raizes e das zonas radiculares anteriores.

É facto observado desde Magendie, e hoje universalmente confirmado que os musculos innervados pelas raizes anteriores se contrahem quanda ellas são excitadas, e se paralysam quando são seccionadas.

Estudos mais recentes teem provado que suas lesões tambem podem determinar nos mesmos orgãos perturbações de nutrição, e sobretudo um certo gráo de atrophia. Esses conhecimentos, applicados á pathologia da medulla, nos fazem prevêr que as raizes anteriores excitadas por fócos phlegmasicos determinam contracturas nos musculos por ellas animados, e atrophia si houver, em vez de excitação, verdadeira desorganisação.

Estabelecidos esses dados, acreditamos que no doente da quarta enfermaria de clinica medica, affectado de pacchimeningite hypertrophica cervical, a atrophia muscular é em grande parte dependente da atrophia das raizes anteriores, determinada por uma compressão do tumor, formado, sobretudo, por um espessamento da duramater.

Symptomas resultantes das lesões dos cordões antero-lateraes

Como já dissemos anteriormente, á esses cordões é destinado o papel da transmissão das incitações motoras, e portanto toda a lesão assestada na continuidade d'esses feixes será acompanhada de uma paralysia mais ou menos completa da motilidade. O entrecrusamento das fibras motoras se faz no bulbo, o que explica a séde da paralysia do mesmo lado, que o da lesão.

Si os membros inferiores são os unicos compromettidos pela paralysia, tem-se toda a razão em acreditar que o fóco phlegmasico se assesta na medulla lombar; nas myelites dorsaes as paralysias se estendem ás paredes abdominaes, e nas cervicaes, em via de regra, os quatro membros, bem como os musculos inspiratorios são compromettidos.

Si as paralysias limitam-se aos membros superiores, o que muitas vezes sóe acontecer, Vulpian acredita que, nestes casos, as lesões se assestam nos nervos ou em seus nucleos de origem, devendo portanto ficar isentos os membros inferiores.

As lesões dos cordões antero-lateraes determinam perturbações de micção. A urina, no estado normal, não corre de um modo continuo em virtude da contracção permanente do sphincter vesical, contracção resultante do poder excito-motor da medulla, provocado pelos nervos sensitivos da mucosa. Essa contracção permanente, tambem chamada tonus muscular, póde, segundo as experiencias de Rosenthal e de Bondgust, ser

abolida pela destruição da medulla, isto é, as lesões da medulla lombar trarão incontinencia de urina, mas a observação tem demonstrado que occupando a lesão uma zona superior ao engrossamento dorso-lombar o phenomeno opposto ou a retenção póde-se dar.

A theoria de Budge parece explicar satisfactoriamente esses phenomenos. Esse physiologista explica o acto da micção pela interrupção do tonus reflexo, em consequencia das excitações partidas do encephalo, as quaes determinam contracções dos musculos abdominaes e vesicaes. Comprehende-se bem que as lesões assestando-se na continuidade dos cordões antero-lateraes, quer na região cervical, quer na parte superior da região dorsal, a acção da vontade sobre o tonus reflexo deixará de existir, e portanto haverá retenção. Occupando, porém, a lesão a medulla lombar, os musculos animados pelos nervos dos ultimos pares sacros se paralysam, e por isso mesmo ha incontinencia.

O eminente pathologista Charcot de seus profundos estudos anatomo-pathologicos e clinicos da medulla, concluio que, quando a lesão assesta-se nos cordões lateraes, ha, a principio, paresia com augmento dos movimentos reflexos, em seguida tremores espontaneos ou provocados, e, finalmente, contracturas permanentes. Começaremos pelo estudo d'este ultimo phenomeno pela importancia capital que lhe attribuimos.

Esse symptoma não apparece subitamente: ha, a principio, paresia; o doente nota algumas vezes rigidez nos membros paralysados; observa que, involuntariamente, os seus membros se

distendem ou flexionam, e finalmente as contracturas tornam-se permanentes, predominando, ora nos extensores, ora nos flexores. Ellas se exageram, quer pelos movimentos voluntarios, quer sob a influencia de uma excitação; diminuem durante o somno natural, e desapparecem pela anesthesia chloroformica.

Diversas theorias teem sido creadas para a explicação d'esse phenomeno, porém de todas a que achamos mais plausivel é a que considera-o como uma exageração do estado de contracção, em que os musculos acham-se normalmente. Sendo o tonus muscular um phenomeno reflexo, as contracturas são, pois, a expressão de uma exageração do poder excito-motor da medulla.

O tremor é um symptoma observado nas diversas scleroses dos cordões lateraes; está em relação com os movimentos intencionaes e é tanto mais violento, quanto mais vai-se approximando o fim a que é destinado o movimento. Charcot explica este phenomeno pela transmissão irregular da motilidade, por intermedio dos *cylinder-axis*, despojados do envoltorio de myelina, no seio dos fócos sclerosados. Esta explicação do professor Charcot nos parece muito problematica, por isso aceitamol-a com toda a reserva.

Durante o periodo de contractura, nos doentes affectados de scleroses dos cordões lateraes, observa-se algumas vezes, sob a influencia de causas insignificantes, taes como cocegas, impressão de frio, etc., um tremor convulsivo em todo o membro contracturado, que póde se propagar a todo o corpo e persistir por muitos

minutos. É facto de observação que flexionando violenta e bruscamente o grande ortelho, o tremor convulsivo e a contractura cedem, tornando-se os membros contracturados completamente flaccidos. É esse o phenomeno estudado sob a denominação de trepidação epileptoide, e que se teem interpretado de differentes modos. Erb e Westphal acreditam que elle seja devido á uma excitação dos tendões musculares. Os estudos de Joffroy, Brown Sequard e Charcot parecem provar que o phenomeno não se acha ligado á essa pretendida excitação, porquanto, em muitos casos, as mais ligeiras excitações da pelle bastaram para produzil-o francamente. Virchow e Biermer citam um doente, em que um pediluvio quente determinava uma serie de movimentos convulsivos nos membros inferiores.

Symptomas ligados ás lesões das raizes e das zonas radiculares posteriores.

As experiencias physiologicas teem demonstrado que a excitação d'essas partes da medulla é seguida de dôr, e a sua secção traz a abolição da sensibilidade nas zonas por ellas animadas A incoordenação motora ainda que, segundo a maioria dos observadores, se ache sob a dependencia d'essas mesmas lesões, pensa o eminente physiologista Vulpian que a causa d'esse phenomeno talvez resida nas lesões as mais remotas da substancia cinzenta.

A incoordenação motora e as dores fulgurantes constituem dous symptomas importantissimos da entidade morbida — conhecida sob a

denominação de ataxia locomotora progressiva. Pierret, para provar a importancia d'essas dores, cita o seguinte facto: em um individuo, em que esse symptoma era muito manifesto, a autopsia demonstrou que as lesões eram perfeitamente limitadas ás zonas radiculares posteriores e ás raizes correspondentes.

Duchenne, cujo nome se acha tão brilhantemente ligado ao da affecção conhecida por ataxia locomotora, distingue essas dores em lancinantes, terebrantes e constrictivas.

O doente compara estas ultimas com a sensação que se experimenta quando as carnes são violentamente comprimidas por um instrumento circular; a terebrante é semelhante á determinada por um prego, que, introduzido nos musculos, ahi soffresse movimentos de rotação; e, finalmente, lancinantes são as que, percorrendo o trajecto dos nervos, existem em toda a extensão de um membro ou em parte d'elle. Ás vezes, intensissimas, são rapidas como o raio, e, para maior flagello do paciente, repetem-se a todos os instantes emquanto dura o accesso, que póde ser de alguns minutos, horas e mesmo dias. As dores em cinta, observadas sobretudo nas myelites dorsaes, as vesicaes, as rectaes e gastricas, são attribuidas á essas mesmas lesões.

A dôr gastralgica tem sido observada principalmente na ataxia locomotora; é um dos symptomas importantes d'esta affecção quando coincide com outros proprios das myelites. O doente accusa uma dôr intensa no epigastro, vomita frequentemente, a principio, materias alimentares e logo após mucosidades e mesmo sangue.

Dando-se este ultimo facto, a idéa de uma ulcera do estomago occorre ao clinico; mas o que se torna digno de attenção é que no intervallo d'essas crises dolorosas, a digestão se faz com regularidade, e o doente nada parece soffrer. Assim, pois, a coincidencia d'este symptoma, com outros peculiares ás myelites, deve induzir o pratico a procurar na medulla a verdadeira explicação d'esses soffrimentos.

Symptomas ligados ás lesões da substancia cinzenta anterior.

A observação tem demonstrado que, sendo compromettidos os cornos anteriores da substancia cinzenta, dous symptomas principaes dominam a scena morbida—atrophias e paralysias. Esse ultimo phenomeno, como já dissemos, é igualmente produzido pelas lesões dos feixes anteriores; vejamos, pois, como distinguil-as: as que procedem de lesões dos feixes anteriores compromettem todos os musculos, cujos nervos nascem abaixo do ponto alterado, não trazem atrophia muscular, e conservam-se intactos os movimentos reflexos; nas paralysias de origem central a motilidade só é abolida nos musculos directamente animados pela parte alterada da substancia cinzenta, embaraçam tanto os movimentos voluntarios, como os reflexos, as partes musculares paralysadas atrophiam-se rapidamente, e muitas vezes, tambem, ha abolição da contractilidade electrica no começo. Nos individuos affectados de paralysias de origem central, observa-se exageração da contractilidade electrica no começo da affecção, porque, n'este caso, ha

irritação da substancia cinzenta, porém, mais tarde quando esta fôr desorganisada, haverá abolição completa. É um facto geral que apresenta algumas excepções; assim, na sclerose amyotrophica de Charcot e na atrophia muscular progressiva, a contractilidade se mantém.

O mesmo se póde dizer em relação á paralysia: na opinião de Duchenne não ha paralysia na atrophia muscular, visto como, emquanto existir uma fibra muscular intacta ella se poderá contrahir.

Symptomas determinados pelas lesões da substancia cinzenta posterior.

Perturbações varias se observam para o lado da sensibilidade quando placas de sclerose se assestam n'esse ponto do eixo medullar.

É facto sanccionado pela observação que nem sempre a sensibilidade se perturba em todas as suas fórmas; assim pois, certos myeliticos tornam-se insensiveis a ligeiras excitações, ao passo que ainda percebem as excitações doloras; de todas essas fórmas de sensibilidade a que actúa por mais tempo sobre o doente é a thermica.

Vulpian dá a respeito d'esse facto uma explicação que nos parece algum tanto plausivel: assim como, diz esse author, nós percebemos e distinguimos as diversas sensações de temperatura, dôr, etc., do mesmo modo uma extremidade nervosa cutanea, quer tenha ou não apparelho de recepção, póde, sob a influencia de excitações diversas determinar nos centros nervosos modificações tambem

diversas; sendo assim, não é de admirar que os elementos, que recebem, na substancia cinzenta da medulla, as excitações transmittidas pelas fibras sensitivas, percam a sua impressionabilidade desde que se achem alterados, para esta ou aquella excitação.

As sensações de formigamento, de quente e frio, accusadas por certos myeliticos no começo da molestia, filiam-se, segundo a crença geral, á excitação da substancia cinzenta posterior. Charcot é de opinião que as scharas, observadas nas myelites chronicas, podem-se ligar ás lesões irritativas da substancia cinzenta posterior.

Os movimentos reflexos são abolidos se a substancia cinzenta fôr profundamente alterada, porquanto, como já tivemos occasião de dizer, é ella o centro d'esses movimentos.

Interrompidas as communicações entre o encephalo e a medulla, o poder excito-motor d'esta se exagera; é, pois, segundo todas as probabilidades, no encephalo que reside o poder moderador dos movimentos reflexos, porém o que a sciencia ainda não conseguio foi precisar o centro d'esse poder.

A despeito dos accurados estudos de Charcot, ainda se desconhece a séde das lesões que dão origem á arthropathia tabetica.

Este symptoma observado na ataxia locomotora progressiva, tem-n'o sido, egualmente, na atrophia muscular. A séde predilecta d'essas arthopathias é a articulação do joelho: sem causa apreciavel o doente nota um augmento consideravel de volume d'essa articulação, o qual se propaga por todo o membro; não percebe

sensação dolorosa espontanea ou provocada. Si a affecção se manifesta sob uma fórma benigna, todos esses symptomas dissipam-se no fim de algum tempo; no caso contrario, as articulações acabam por perder as suas relações, as luxações tornam-se habituaes, visto como ha destruição das extremidades osseas.

A impotencia genesica, bem como as perturbações da secreção sudorifica e salivar teem sido igualmente filiadas ás lesões da substancia cinzenta.

Terminando o estudo geral dos symptomas correspondentes ás lesões das differentes partes da medulla, começaremos a estudar a symptomatologia propria a cada uma das myelites chronicas, segundo a ordem em que as grupamos.

Myelite transversa generalisada.

Esta variedade, estudada pelo professor Duchenne, sob a denominação de paralysia geral espinhal diffusa, apresenta em via de regra a marcha descendente, podendo, segundo affirma esse mesmo author, apresentar a marcha ascendente

É essa a myelite observada no periodo, que Grasset, inspirado na leitura da these do professor Joffroy, classifica o segundo da pacchymeningite hypertrophia cervical.

O doente da quarta enfermaria de clinica medica, que occupou o leito n. 7 e cuja observação adiante apresentamos, offereceo-nos um exemplo precioso da fórma clinica, que ora descrevemos.

No começo os seus symptomas são os da meningite cervical concomitante. O doente accusa para o lado da nuca dores, que manifestam-se, ora surdas, ora violentas, e exacerbam-se pela pressão e movimentos das apophises espinhosas. Estas dores, assestadas na columna cervical, propagam-se para os membros superiores, sendo mais intensas nas articulações; não raras vezes o doente apresenta nas extremidades uma sensação de formigamento, de torpor, phenomeno que apresentou, em gráo muito pronunciado, o individuo da nossa observação.

Os membros superiores não são privados da motilidade, de um modo brusco; em via de regra, a paralysia sobrevêm algum tempo depois dos primeiros phenomenos, que, na opinião de Joffroy, a qual aceitamos, de bom grado, constituem o primeiro periodo ou doloroso da pacchimeningite hypertrophica cervical.

A paralysia predomina nos membros superiores e na maioria dos casos a elles se limita, o que observamos no nosso doente.

Em um certo espaço de tempo, e que não se póde determinar com precisão, nota-se atrophia, com perda de contractilidade electrica dos musculos dos membros superiores e thorax.

Essa atrophia na myelite cervical accommette de preferencia os musculos flexores e pronadores, bem como os interosseos e lombricaes, donde se conclue que a mão se conserva na extensão e supinação e os dedos em flexão.

Continuando a sclerose em sua marcha descendente serão mais tarde os membros inferiores, por seu turno, compromettidos.

A myelite póde estender-se á região dorso-lombar, notando-se então a paralysia dos reservatorios, atrophia muscular dos membros inferiores, edema e diversas perturbações trophicas.

Si a myelite, ao envez de seguir a marcha descendente, seguir a ascendente, os symptomas começarão pelos membros inferiores, mais tarde comprometterão os superiores, e terminará a scena morbida a paralysia labio-glosso-laryngéa, caso as lesões se propaguem até o bulbo.

OBSERVAÇÃO

No dia 12 de Junho do corrente anno entrou para a quarta enfermaria de medicina, a cargo do Conselheiro Torres Homem, e foi occupar o leito n. 7, um individuo de côr preta, 40 annos de idade, empregado nos serviços do matadouro.

ANAMNESE. — Refere que, pela natureza de seu emprego, soffreu um resfriamento, seguido em breve de febre e dôres vagas pelo corpo, estado em virtude do qual foi obrigado a guardar o leito por alguns dias. Findo esse tempo, julgando-se bom, preparava-se para recomeçar os seus trabalhos habituaes, quando foi accommettido de uma syncope, que dissipou-se em momentos, sobrevindo, então, um tremor em ambos os braços. Simultaneamente appareceram dôres, que, finas, percorrem as espaduas, braço, ante-braço e mão, mais intensas nas articulações, isto é, dôres myalgicas e arthralgicas, que se exacerbam pela pressão e movimentos.

Esses soffrimentos já datavam de dous mezes, impedindo o paciente de voltar aos seus trabalhos, quando

notou que os movimentos dos braços iam-se tornando impossiveis.

ESTADO ACTUAL. — Atrophia muito adiantada dos musculos do thorax, paralysia atrophica dos membros superiores, sendo a atrophia muito pronunciada nos musculos do braço, pouco notavel aos do ante-braço, e intactos os da mão, cujos dedos se conservam em flexão; é digna de nota a perfeita symetria que existe entre a atrophia dos musculos de um lado e a dos do lado opposto.

Applicada a electricidade, observa-se que os musculos atrophiados não respondem á excitação recebida.

Examinada a columna cervical, pela pressão das apophises espinhosas correspondentes, em nenhum ponto o doente accusou dôr. Do nosso exame resultou que a atrophia marchou de par com a paralysia e não foi consecutiva a esta.

O symptoma que, á primeira vista, despertava a attenção do observador era a atrophia muscular, e concebe-se, pois, que sem um exame mais attento, o diagnostico da affecção que tem esse nome, de prompto, occorria á mente.

Proseguindo-se, entretanto, no exame, breve desapparecia essa confusão: a marcha rapida da atrophia, os musculos da mão intactos, pelos quaes geralmente começa a atrophia n'essa molestia, desviavam d'esse rumo as vistas do clinico. Depois de ouvidos varios collegas, cujas opiniões divergiam em pontos mais ou menos importantes, opinou o Conselheiro Torres Homem por uma pacchimeningite hypertrophica cervical, no periodo myelitico, apresentando ainda, porém, phenomenos dolorosos, peculiares ao primeiro periodo ou meningitico.

N'este ultimo periodo duas fórmas se observam, a cervical e a peripherica: na primeira, ha crises dolorosas na região da nuca, que simulam um verdeiro *torticolis*, e se irradiam, sobretudo, para os membros superiores; na segunda as dôres do fóco principal são completamente

despercebidas, predominando muitas vezes as irradiações para os membros superiores

N'essa ultima fórma se acham incluidas as myalgias e arthralgias, observadas no doente submettido ao nosso exame.

Apresentamos esta observação, porquanto estamos convicto que é ao segundo periodo da pacchimeningite hypertrophica cervical, com tanto talento estudada por Joffroy, em sua these, que o professor Hallopeau designa myelite transversa generalisada, e que por Duchenne foi descripta sob a denominação de paralysia geral espinhal diffusa.

Sclerose em placas.

A myelite em fócos disseminados, sclerose em placas, é uma inflammação chronica diffusa, caracterisada por placas de sclerose, disseminadas em differentes pontos do systema nervoso: invadem indistinctamente cerebro, medulla, e até o systema peripherico.

Qualquer que seja o ponto do systema nervoso póde offerecer placas de sclerose, que não obedecem lei alguma em sua propagação, no que se distingue esta affecção de outras variedades, cujas lesões tambem se propagam, mas não excedem os limites d'este ou d'aquelle systema.

Assim como o nome de Duchenne se immortalisou no estudo da ataxia locomotora e atrophia muscular progressiva, assim tambem na historia da sclerose em placas ficou o de Cruveillier gravado para jámais desapparecer; com effeito, foi elle quem observou-a, descreveu e figurou em seu *Tratado de anatomia pathologica.*

Tres fórmas são estudadas n'esta affecção: a cerebral, quando no cerebro se observa a predominancia das placas sclerosas; a espinhal quando na medulla se accumulam; e, finalmente, a fórma cerebro-espinhal ou mixta, a mais commum, e sobre a qual, por isso mesmo, versará o nosso estudo. Charcot estabelece na evolução d'essa especie nosologica tres periodos distinctos.

Primeiro periodo.—Abrem a scena morbida, algumas vezes, symptomas cephalicos—vertigens, diplopia transitoria, embaraço da palavra e nystagmus. Não é essa, porém, a invasão a mais frequente; em via de regra, são os phenomenos espinhaes, que, primeiro, fazem explosão: uma paresia, apresentando intermittencias e remissões, progride gradativamente, e logo é acompanhada de um tremor caracteristico, sobre o qual insistiremos, em virtude da attenção que nos deve merecer como elemento de diagnostico da affecção que nos occupa.

O doente quando anda é accommettido de um tremor que se generalisa por todo o corpo, o que tem geralmente logar em um periodo adiantado da molestia; estando o doente assentado só observa-se o tremor na cabeça e no tronco isto é, nas partes que não se acham em repouso muscular; si estiver em decubitus, tendo todas as partes do corpo em completo repouso, o tremor não se produz. Este phenomeno se exagera, sempre que o paciente procura executar um movimento qualquer. Assim, por exemplo, tendo de levar á bocca uma substancia liquida, todo o braço será accommettido de um tremor, tanto mais intenso, quanto

mais amplo fôr o movimento executado, intensidade que ainda augmentará á medida que o objecto fôr se aproximando do fim a que é destinado, isto é, da bocca, onde, projectado de encontro ás arcadas dentarias, todo o liquido será derramado. É um phenomeno, como se vê, provocado pelos movimentos, e não espontaneo.

Ha casos raros, em que se observa a sclerose em placas perfeitamente constituida: o individuo tem uma vertigem, a diplopia apparece, e breve a paresia e o tremor veem desenhar o estado morbido.

Póde a molestia se revelar á observação por crises gastricas e lipothimias; algum tempo depois desapparecem estes symptomas, e sobreveem os que são peculiares á affecção, podendo os primeiros reapparecer ulteriormente.

Segundo periodo.—Em uma certa época da evolução da paresia, notam-se contracturas nos membros inferiores, espontaneas ou provocadas, as quaes, ligeiras e intermittentes, tornam-se mais tarde permanentes. Os membros contracturados se conservam em extensão forçada, o joelho de um lado applicado contra o do lado opposto, e os pés em desvio. Por meio de diversas excitações póde-se provocar o phenomeno da trepidação epileptoide, cocegas na planta dos pés, faradisação, acção do frio, etc., e obter-se-á a cessação pela flexão brusca do grande ortelho.

Os membros superiores são accommettidos de contractura, e quando isso se dá conservam-se distendidos ao longo do corpo, sendo necessario usar-se de violencia para mudal-os de posição.

Na marcha d'esta molestia, e algumas vezes em sua terminação, notam-se ataques apopleticos que se caracterisam pela ausencia de lesões apreciaveis á autopsia. A marcha da temperatura fornece um elemento importante para o diagnostico differencial entre esses ataques e os produzidos pela hemorrhagia cerebral. Nos primeiros, desde o principio, a temperatura sobe a 38° e 39°, attingindo a 40° depois de 12 ou 24 horas; nos segundos, a temperatura desce alguns instantes depois do attaque, e por espaço de 24 horas conserva-se abaixo da normal, mesmo quando ha convulsões.

Terceiro periodo.—Todas as funcções entram em decadencia notavel. O appettite desapparece, a diarrhéa torna-se habitual, e d'ahi um emmagrecimento progressivo. A perturbação das faculdades mentaes attinge á demencia, a palavra torna-se inintelligivel, e o riso e o pranto, que nada exprimem, tornam o enfermo digno de justa commiseração.

Os esphincteres se paralysam, a mucosa vesical se ulcera, as scharas apparecem, dando logar á intoxicação putrida, que, após tantos soffrimentos, arrebata o doente.

A pneumonia, a dysinteria e a phthisica caseosa são molestias intercurrentes, que, não poucas vezes, abreviam a terminação de uma vida tão dolorosa. Si as placas de sclerose invadem o bulbo a molestia terminará pela paralysia labio-glosso-laryngéa.

OBSERVAÇÃO

Entrou para o Hospital da Misericordia, e occupou o leito n. 4 da enfermaria de clinica medica do Professor Torres Homem, no dia 2 de Junho de 1883, João Martins Galvão, negociante, de côr branca, brasileiro, edade 52 annos.

Historia anamnestica.—Esse individuo, que, na mais tenra edade, abraçou a carreira do commercio, tem passado a sua vida em continuos desregramentos. Proselyto enthusiasta do celibato e dissoluto, entregou-se aos excessos dos prazes sexuaes, e, como era natural, foi accommettido de affecções syphiliticas, que obrigaram-n'o a procurar o Hospital. Não fôra, porém, só a syphiles, esse terrivel protêo, que, sob fórmas tão diversas, devasta a Humanidade, a unica causa do depauperamento profundo do nosso doente, que tambem pagou largos tributos ao alcoolismo.

Refere que, em uma noute de passeio de barco em um rio, conservara por muitas horas as vestes molhadas sobre o corpo, sentindo, logo que desembarcou, um calor insolito, que, na sua expressão, sapecava-lhe a perna direita.

Notava que as pernas chocavam-se todas as vezes que tinha necessidade de pular um pequeno fosso. Sobrevieram-lhe, n'essa occasião, accessos de febre intermittente que, por espaço de um anno, acabrunharam seriamente a existencia.

A perna direita tornou-se fraca, e nos movimentos da locomoção percebeo que ella executava um arco de circulo de traz para diante, em virtude do qual era obrigado a andar curvado. Com o decorrer do tempo a perna foi diminuindo de volume, de modo que tornou-se muito mais fina do que a outra, recuperando o seu volume primitivo, ha dous annos a esta parte.

Accusa impotencia, constipação de ventre, difficuldade na micção, na evacuação, dôr nos membros inferiores, sensibilidade muito menos pronunciada na perna esquerda, que na direita.

Estado actual. — O apparelho circulatorio e respiratorio não apresentam perturbações notaveis. A marcha é anormal: o doente arrasta a ponta do pé direito de traz para diante, e fórma um circulo de convexidade externa, fixando muito a vista sobre o sólo; perde o equilibrio quando, fechando os olhos, executa um movimento de rotação.

O reflexo tendinoso da perna esquerda é mais pronunciado que o da perna direita; não apresenta trepidação epileptoide.

Nos membros superiores observa-se o tremor caracteristico, por occasião dos movimentos voluntarios.

A deglutição é muito difficil, sobretudo para os solidos.

Diagnostico.—Sclerose em placas disseminadas irregularmente na porção dorso-lombar, cervical e cerebral.

Myelites periphericas.

Estas variedades se distinguem das outras pela ausencia de symptomas, que se filiam ás lesões da substancia cinzenta, e, sobretudo, da atrophia muscular.

Admittindo-se que a lesão se limita aos feixes anteriores, observam-se perturbações da motilidade, conservando-se normaes a sensibilidade e a coordenação motora.

Se são os feixes posteriores os comprometidos, predominam as perturbações de sensibilidade, podendo haver tambem ataxia.

As lesões podem assestar-se em um só lado da medulla, o que não é muito frequente, e, então, apresentar-se-á á observação a variedade clinica denominada myelite transversa unilateral: traduz-se, do lado da lesão, por uma paralysia de movimento, acompanhada geralmente de hyperesthesia e de uma elevação de temperatura, que póde se ligar á paralysia dos vaso-motores; do lado opposto, nota-se uma anesthesia mais ou menos pronunciada.

Brown-Sequard para explicar este facto fez numerosas experiencias, que levaram-n'o á seguinte conclusão: os conductores das impressões sensitivas de contacto, temperatura e dôr se entrecruzam, de um modo completo, na medulla. Um ferimento do lado direito da medulla traz, no lado direito do corpo, paralysia muscular, paralysia vaso-motora ou dilatação dos vasos, e do lado esquerdo a paralysia das diversas especies de sensibilidade.

Vulpian acredita que esse entrecruzamento não seja tão completo, como o pretende Brown-Sequard; no emtanto, as observações pathologicas e de physiologia experimental parecem confirmar a opinião d'este ultimo physiologista.

OBSERVAÇÃO

Myelite ascendente antero-lateral.

O caso clinico que vamos registrar é um dos mais brilhantes que tivemos a felicidade de observar, na quarta enfermaria de clinica medica, no decurso dos annos de

1882 e 1883; é um dos mais bellos triumphos que a sciencia tem conquistado, quando todos os phenomenos annunciavam uma morte que se afigurava proxima e inevitavel. O estado do doente, que ainda hoje occupa o leito n. 9, é dos mais favoraveis e tudo leva a crêr, salvo alguma reincidencia, que, em breve tempo, livre de sua terrivel affecção, possa voltar aos misteres de sua vida habitual.

Historia. — Pedro Lopes do Espirito Santo, portuguez, 40 annos de edade, empregado do Hotel Carson, no Cattete, entrou para a quarta enfermaria de clinica medica, onde occupa o leito n. 9, em Abril d'este anno.

Interrogado sobre os seus antecedentes diz nunca ter soffrido de affecções syphiliticas nem entregar-se ao vicio do alcoolismo.

Datam os seus soffrimentos de Março do presente anno, em que resfriou-se consideravelmente em consequencia de uma chuva torrencial que o sorprendeu na rua; desde essa época appareceu o edema dos membros inferiores, que tornou-se notavel no fim de alguns dias, sendo obrigado a procurar o Hospital, occupando um dos leitos da enfermaria do Dr. Barbosa Romêo, donde foi removido para a enfermaria do Dr. Torres Homem.

Na quinta enfermaria sobrevieram-lhe accessos de febre intermittente, que foram promptamente debellados por um diaphoretico e pelo especifico conhecido.

Já o doente acreditava no começo de uma franca convalescença quando notou torpor manifesto nos membros inferiores; e esse phenomeno que se traduzio a principio por uma simples paresia constituio-se mais tarde verdadeira paralysia, coincidindo com o de paresia dos membros superiores. Foi esse o estado em que o encontramos quando vimol-o pela primeira vez.

Exame. — Para o lado do apparelho digestivo notamos lingua saburrosa, ligeira congestão do figado, estado normal do baço e constipação de ventre.

Examinando o apparelho respiratorio encontramos estertores mucosos generalisados, indicativos de bronchite. O doente apresentava uma dyspnéa das mais angustiosas que em alguns momentos attingia os limites da verdadeira orthopnéa, parecendo então que a vida estava prestes a extinguir-se.

Articulava as palavras com immensa difficuldade e, a custo, eram percebidas, havendo, portanto, aphonia quasi completa.

Para o lado do apparelho circulatorio não encontramos perturbações notaveis.

O exame das urinas não revelou nem assucar nem albumina; houve paralysia da bexiga por espaço de tres dias, tornando-se necessario o catheterismo.

Apparelho nervoso.—As funcções intellectuaes estão intactas, nenhuma perturbação para o lado da sensibilidade.

Diagnostico. — Sclerose ascendente dos cordões antero-lateraes.

N'esse estado entrou o doente para a quarta enfermaria, tendo começado o tratamento, na quinta, pelo uso dos revulsivos e internamente pilulas de phosphureto de zinco e sulphato de strichnina.

Na quarta enfermaria o tratamento empregado pelo Dr. Torres Homem consistio, sobretudo, na applicação da electrecidade em correntes continuas, cauterisações com o thermo cauterio de Pacquelin, e internamente poções com nitrato de prata e tinctura de nox-vomica.

Com esse tratamento energico e perseverante, as melhoras foram se accentuando cada vez mais, e hoje com o mais legitimo enthusiasmo de todos que acompanharam de perto esse importantissimo caso, já o doente percorre a sala da enfermaria auxiliado por um dos empregados.

Myelite chronica central ou periependymaria.

Deve-se a Hallopeau a descripção d'essa entidade nosologica, a qual, no seu dizer, apresenta uma symptomatologia completamente simelhante á da affecção por Duchenne descripta, sob a denominação de paralysia geral espinhal anterior subaguda. Caracterisa-se por paralysias, ás quaes acompanham diminuição da contractilidade electrica e atrophias musculares. Subitamente os doentes reconhecem a abolição dos movimentos voluntarios em um dos dedos, por exemplo, na mão, ou o que é menos frequente, em todo um membro. Superficies planas e depressões resultam da atrophia das partes paralysadas, bem como attitudes viciosas da falta de compensação dos antagonistas não atrophiados.

As contracções fibrillares da atrophia muscular observam-se igualmente n'esta affecção. Esta especie morbida, como a atrophia muscular, tem marcha muito lenta, apresenta frequentes alternativas de melhora e de aggravação.

Um facto notavel na historia clinica d'esta molestia é que os esphincteres são poupados sempre pela atrophia, que progressivamente compromette, succedendo á paralysia, ora os musculos do mesmo membro, ora os do membro opposto, ora os das extremidades.

Em via de regra, os musculos que mais depressa soffrem profunda alteração são, nos membros inferiores, os flexores do pé sobre a perna e os flexores da coxa sobre a bacia; nos membros

superiores os extensores dos dedos e da mão, os musculos da mão, e finalmente os flexores e musculos do braço e espadua.

Seguindo a marcha ascendente, as lesões podem chegar até o bulbo e a paralysia labio-glosso-laringéa terminará a scena morbida.

Esta symptomatologia se filia ás lesões da substancia cinzenta, situada adiante do canal central, que são as mais frequentemente observadas.

MYELITES SYSTEMATICAS

Myelite systematica dos cornos anteriores, atrophia muscular progressiva.

É essa a entidade morbida, cuja historia clinica se deve á sabia observação e aos profundos estudos de Aran e Duchenne, bem como a Cruveillier cabe a honra de ter indicado a substancia cinzenta como a séde da lesão, o que as pesquizas ulteriores de eminentes anatomo-pathologistas, de um modo brilhante confirmaram.

A denominação de atrophia muscular progressiva, dada por Aran e Duchenne, hoje vulgarmente aceita, faz prever a importancia do symptoma, que constitue, por assim dizer, a essencia da molestia, isto é, a atrophia muscular, lentamente progressiva: nenhum dos outros symptomas tem o valor d'este, porquanto todos elles podem faltar.

O primeiro phenomeno que desperta a attenção do doente é a fraquesa de um musculo ou

parte d'elle, fraqueza que augmenta lentamente, até que apparece uma completa impossibilidade de movimentos. Desde que esse symptoma sobrevem, observa-se a existencia da atrophia, causa, na opinião dos authores que descreveram-n'a, da paralysia.

A atrophia não se distribue regularmente, affecta um musculo, podendo, no entretanto, conservar-se intactos os vizinhos d'este; ou, ainda, como muitas vezes sóe acontecer, invade alguns musculos, poupando outros, pertencentes a uma mesma zona nervosa.

Os membros atrophiados perdem a sua consistencia e elasticidade, tornam-se flaccidos e pastosos; ao envez das saliencias normalmente observadas, notam-se depressões, excavações.

A fórma clinica mais commum d'esta molestia é aquella em que a atrophia começa pelas eminencias thenar, hypothenar e pelos musculos interosseos. No orgam doente obtem-se pela excitação electrica contracções musculares, emquanto todas as fibras não estiverem atrophiadas; desde que no musculo uma fibra se conservar intacta, esta responderá á excitação electrica recebida.

As contracções fibrillares representam um dos symptomas, que, com mais frequencia, se apresentam á observação n'esta molestia. Espontaneamente ou em consequencia de movimentos voluntarios, apparecem contracções, sob a fórma de accessos, em grupos isolados de fibras musculares, contracções ás vezes tão violentas que tomam o caracter de verdadeiro tremor.

Como já dissemos, a fórma clinica mais commum é a que começa pelas eminencias thenar

e hypothenar da mão direita A marcha é geralmente ascendente, sem haver, entretanto, grande regularidade em sua invasão.

Da suppressão dos musculos destruidos e da acção preponderante dos antagonistas resultam deformações, que contribuem notavelmente para o reconhecimento da affecção de que tratamos. Atrophiada a eminencia thenar, o primeiro metacarpiano se aproxima do segundo, e fica no mesmo plano d'este. A mão torna-se esquelitica pela destruição dos musculos interosseos. Os ossos do ante-braço e braço se desenham perfeitamente á vista.

Pela atrophia do musculo deltoide, as saliencias da articulação scapulo-humeral tornam-se patentes. O trapesio geralmente se atrophia em sua metade inferior, de modo que á observação se manifesta o bordo espinhal do omoplata.

De todos os musculos do tronco e do pescoço, a parte que, por mais tempo, se conserva isenta de atrophia é a porção clavicular do trapesio.

As atrophias vão-se generalisando pouco a pouco, e no ultimo periodo da molestia quando as placas de sclerose teem attingido á região bulbar, offerece-se á observação o syndroma clinico, conhecido sob a denominação de paralysia labioglosso-laryngéa, com todos os symptomas que o caracterisam, sobrevindo, em ultimo logar, as paralysias dos musculos respiratorios, diaphragma e intercostaes.

Sclerose dos cordões posteriores, ataxia locomotora progressiva.

É essa uma das myelites chronicas, cuja historia clinica tem sido melhor estudada.

Creada e brilhantemente descripta por Duchenne (de Boulogne) sob a denominação de ataxia locomotora progressiva, em sua excellente memoria de 1858, recebeu dos estudos e accurada observação de Charcot preciosos elementos, que tanto teem contribuido para a vulgarisação d'essa especie nosologica.

A palavra *tabes dorsalis* tem sido empregada por todos os authores para designar a affecção, que nos occupa, expressão que regeitamos, visto como ella não tem uma significação precisa; com effeito, para alguns authores serve para designar toda a sclerose, para outros, traduz todas as myelites chronicas, etc.

A evolução d'essa entidade morbida ás vezes nada tem de progressiva, o que nos induz, portanto, á reputar impropria essa denominação de ataxia locomotora progressiva. De todas as denominações, pois, a que aceitamos como irrecusavel, verdadeiramente scientifica é a baseada na observação anatomo-pathologica, isto é, a de sclerose dos cordões posteriores, porquanto é hoje facto corrente na sciencia que esta affecção é caracterisada anatomicamente por sclerose d'esses cordões.

Ainda hoje se conserva a divisão em tres periodos, assignalada por Duchenne na marcha d'esta molestia: 1º, periodo dos symptomas cephalicos e dores fulgurantes; 2º, periodo de ataxia;

3º, periodo de generalisação dos phenomenos ou paralytico de Charcot.

No primeiro dominam a scena as diversas perturbações de sensibilidade, das quaes as mais importantes são as dores, que ora teem o caracter da rapidez do relampago (dores fulgurantes), outras vezes são mais duradouras (dores terebrantes, em braceletes, lancinantes, etc.).

Certos doentes soffrem verdadeiras crises gastricas ou enteralgicas, acompanhadas de vomitos a principio alimentares, mais tarde mucosos ou sanguinolentos, symptoma, cuja importancia já fizemos sentir. As dores vesicaes e urethraes determinando micções frequentes e dolorosas, são symptomas muitas vezes observados n'esta molestia. Em alguns ataxicos observam-se crises rectaes, terminadas frequentemente pela expulsão de fezes. Para o lado das funcções genitaes tem-se notado espermatorrhéa, seguida de erecção com sensação voluptuosa. O phenomeno anaphrodisia, isto é, ausencia de desejos venereos observa-se mais vezes que o phenomeno contrario a satyriases.

Fazem parte do primeiro periodo as dores fulgurantes, que umas vezes succedem, outras precedem ás dores fulgurantes. Todos os nervos craneanos podem ser affectados, porém as paralysias mais communs são as dos nervos oculo-motores e pathetico. A atrophia do nervo optico não é rara, traduz-se por perturbações visuaes e modificações caracteristicas no aspecto do fundo do olho. São dignas de nota, sobretudo, a diminuição da agudeza visual, a contracção das pupillas, e uma achromatopsia particular, em que os doentes

perdem a noção do verde e do vermelho e outras côres secundarias, e só conservam as do amarello e azul. A duração dos symptomas que caracterisam o primeiro periodo é muito variavel, póde ser de 12 annos e até mais.

Segundo periodo.—O symptoma que o annuncia é ataxia, cujo caracter fundamental é a incoordenação dos movimentos e a falsa apparencia de paralysia. A principio o doente nota que seos movimentos não correspondem ao fim desejado; fatigam-se consideravelmente, porque debalde o cerebro procura corrigir o phenomeno ataxia. Quando a molestia já se acha nas ultimas phases de sua evolução, o doente não póde mais se conservar em pé, é obrigado a guardar o leito. Ora, n'essas condições a idéa de uma paralysia muito legitimamente se apresenta ao espirito; e no entretanto, rigorosamente fallando, não existe; medida ao dynamometro a força muscular, ver-se-á que com essa paralysia apparente contrasta consideravel pujança muscular.

N'este periodo tambem se observam as perturbações trophicas, entre as quaes as mais communs são as arthropathias; as fracturas espontaneas e principalmente as atrophias musculares são menos vezes observadas. É a articulação do joelho a séde mais habitual d'essas arthropathias. Esse symptoma é de tal importancia que muitas vezes só por elle chega-se ao diagnostico da entidade morbida de que nos occupamos. É notavel que o doente, a despeito de luxações, de deslocamentos da articulação, possa executar movimentos, andar mesmo sem experimentar dôr.

No terceiro periodo todos os phenomenos se generalisam e incrementam, o organismo cáe em marasmo; é a verdadeira phthisica espinhal. A paralysia labio-glosso-laryngéa póde terminar esse quadro morbido si as lesões se estendem até o bulbo.

Sclerose dos cordões lateraes.

A descripção d'essa variedade clinica é recente; o seu estudo é actualmente tão atrazado como o era o da ataxia locomotora progressiva no tempo de Duchenne. Não é debalde que lembramos aqui o nome d'essa ultima affecção: a sua marcha apresenta muitos pontos de contacto com a da especie morbida que vamos descrever; assim procuraremos fazer um rapido parallelo das duas para maior facilidade do estudo.

A palavra— tabes dorsal, pela qual ainda hoje se conhece a ataxia locomotora, significa uma doença espinhal, chronica, progressiva, de marcha lenta e fatal. Ora, n'essas mesmas condições está a sclerose dos cordões lateraes, cujo symptoma dominante é a contractura, razão porque os pathologistas conhecem-n'a sob a denominação de tabes dorsal espasmodico.

A sua marcha; do mesmo modo que a da ataxia se acha dividida em tres periodos.

Primeiro periodo.—O doente accusa, em um dos membros inferiores ou em ambos, uma paresia, um peso, que difficulta-lhe a marcha, sobretudo, ao levantar-se do leito pela manhã.

Á esta paresia seguem-se espasmos musculares, que sobreveem por accessos, tornando os membros accommettidos rigidos, como se fossem barras inflexiveis.

Provocado ou espontaneo se observa muitas vezes um tremor (trepidação epileptoide) que póde limitar-se ao pé ou estender-se a todo o membro inferior e mesmo a todo o corpo. A acção do frio, a faradisação, a extensão do ortelho são excitantes que despertam, bem como na sclerose em placas, esse phenomeno, cuja cessação póde-se obter pela flexão brusca do ortelho. Depois de alguns annos de molestia, a locomoção torna-se impossivel. As anesthesias, hyperesthesias e analgesias, observadas na ataxia locomotora, são outros tantos signaes distinctivos entre essa affecção e a que nos occupa.

As dores fulgurantes, os symptomas cephalicos, as perturbações genitaes, que com tanta frequencia apparecem no primeiro periodo da ataxia, estabelecem o diagnostico differencial entre esta molestia e a sclerose dos cordões lateraes, antes de apparecer mesmo o phenomeno ataxia.

Na affecção que descrevemos os pés difficilmente deixam o solo, chocam-se e embaraçam-se ao menor obstaculo. O doente anda lenta e difficilmente de moletas; porém a occlusão dos olhos não lhe embaraça os movimentos, como sóe acontecer na ataxia locomotora, em que si o paciente não guia os pés com a vista oscilla e cáe a cada momento. Eis como Charcot descreve o typo da marcha, mais frequente, na opinião de Erb, d'esta molestia: o doente anda com o tronco completamente inclinado sobre a ponta dos pés; a cada

passo, pelo predominio do spasmo tonico nos musculos da barriga da perna, o calcanhar é fortemente levantado e toca difficilmente o sólo; o calçado, por isso mesmo, gasta-se mais na ponta. Quando o pé é projectado para diante, é accommettido de uma trepidação epileptoide, que muitas vezes se estende a todo o corpo. Si o doente desce um plano inclinado, sente-se arrastado por seu proprio peso, e a cada momento é ameaçado de cair de face sobre a terra.

Terceiro periodo.—N'este, o paciente jaz, bem como o ataxico, sobre o leito, completamente impossibilitado dos movimentos de locomoção; notando-se, entretanto, que no ataxico não ha falta de movimentos, porém desharmonia, incoordenação; no doente de sclerose dos cordões lateraes a impotencia motora procede da contractura, que conserva os membros na extensão e adducção forçadas. A trepidação chega ao seu apogêo, é uma verdadeira epilepsia espinhal.

Entre essas desordens não se observa nenhuma perturbação para o lado da sensibilidade, nem tão pouco phenomenos cephalicos, que representam papel importante na symptomatologia da ataxia locomotora. Esta affecção, isto é, o tabes dorsal spasmodico póde-se limitar aos membros inferiores, não sendo raro, comtudo, invadir tardiamente os membros superiores: n'estes começa por uma paresia da mão, inhabilitando-a de apprehender os objectos; os dedos que, a principio, flexionavam-se de um modo passageiro, mais tarde essa flexão torna-se permanente. Em primeiro logar o punho, depois o cotovello conservam-se

rigidos na extensão e pronação. N'essas condições de immobilidade e rigidez applicam-se ás partes lateraes do tronco. A trepidação epileptoide é sempre muito menos pronunciada que nos membros inferiores. Os musculos sacro-lombares e abdominaes são em via de regra invadidos.

Ao lado de toda a prostração, de tão consideravel impotencia muscular, o estado geral, ás vezes, conserva-se satisfactorio.

É uma molestia intercurrente, que geralmente arrebata o enfermo, e de todas ellas a mais frequente é, por sem duvida, a tuberculose pulmonar.

Sclerose lateral amyotrophica.

Essa especie nosologica se caracterisa anatomicamente pelas lesões dos cordões lateraes e cornos anteriores, e clinicamente pelas contracturas e amyotrophias.

Numerosos foram os casos observados pelos clinicos predecessores de Charcot em que se offereciam á observação combinados os symptomas amyotrophicos e paralysias com rigidez, o que induzia-os á crença de que estes ultimos phenomenos se filiavam á mesma affecção á que pertenciam os primeiros, isto é, acreditavam que ambos fossem a expressão da atrophia muscular progressiva. O espirito, porém, investigador e sagaz de Charcot dissipou as trevas que envolviam este assumpto; foi elle quem, com Joffroy, publicou duas bellas observações, em que as duas molestias se acham perfeitamente discriminadas clinica e anatomicamente.

Eil-as:

Primeira.—Atrophia muscular progressiva, pronunciada, sobretudo, nos membros superiores. Atrophia dos musculos da lingua e do orbicular dos labios. Paralysia com rigidez dos membros inferiores. Atrophia ou desapparecimento das cellulas nervosas dos cornos anteriores nas regiões cervical e dorsal. No bulbo, atrophia e destruição das cellulas nervosas do nucleo do hypoglosso, atrophia das raizes espinhaes anteriores, das raizes do hypoglosso e do facial. Sclerose symetrica dos cordões lateraes.

Segunda. —Atrophia muscular progressiva, pronunciada, sobretudo, nos membros superiores. Dores vivas nos membros, apparecendo por accessos, anesthesias em certos pontos do corpo. Paralysia com rigidez dos membros inferiores. Lesões das cellulas nervosas dos cornos anteriores e da substancia cinzenta. Fócos de desintegração granulosa, occupando os cornos posteriores. Sclerose symetrica dos cordões lateraes. Espessamento consideravel da duramater e piamater espinháes, na intumescencia cervical da medulla espinhal.

Não foi sem razão que os antecessores de Charcot confundiram essas duas especies nosologicas; apresentam pontos de contacto que as aproximam muito intimamente uma da outra, e o seu diagnostico differencial só não resistirá a um exame minucioso e intelligentemente feito.

A sclerose amyotrophica de Charcot e a atrophia muscular progressiva aproximam-se pelos seguintes symptomas: 1º, atrophia muscular

progressiva; 2º, contracções fibrillares; 3º, conservação da contractilidade faradica nos musculos já atrophiados. Vejamos agora como distinguil-as. Na atrophia muscular progressiva, a impotencia motora é sobretudo devida á propria atrophia, representando o *elemento paralytico* papel secundario; na molestia de que nos occupamos presentemente, esse elemento representa papel importante.

Não proseguiremos no parallelo entre os symptomas d'essas duas affecções, visto como na nossa these existe um capitulo especialmente destinado a esse estudo.

A sclerose lateral amyotrophica começa geralmente por um enfraquecimento da motilidade, começando, na maioria dos casos, pelos membros superiores, sem febre, sem máo estar apreciavel, ou após um ligeiro torpor.

Para o lado dos musculos observa-se contracções fibrillares, conservando-se ainda por muito tempo a contractilidade electrica.

A rigidez espasmodica é um dos symptomas que, cêdo, apparecem em scena.

Os movimentos ainda possiveis são muitas vezes acompanhados de um tremor artificialmente provocado pela faradisação, impressão de um corpo frio, etc.

A attitude dos membros é caracteristica, e procede da atrophia de certos musculos e da acção não equilibrada dos antagonistas, bem como das contracturas.

O braço em extensão forçada se conserva ao longo do tronco, posição da qual não se póde tiral-o, em virtude da resistencia opposta pelos

musculos da espadua. O antebraço está em semi-flexão e pronação; o punho tambem se acha em flexão e os dedos applicados fortemente contra a palma da mão. Em certos doentes a cabeça é fixa pela rigidez dos musculos do pescoço. No ultimo periodo da molestia o emmagrecimento toca os limites do verdadeiro marasmo: as eminencias thenar e hypothenar desapparecem completamente; a mão é esqueletica, os ossos do antebraço e braço são, apenas, cobertos pela pelle. A attitude dos membros ainda é a mesma, porém a rigidez espasmodica tem diminuido. A molestia tem, na immensa maioria dos casos, a marcha descendente; seis, nove mezes mais tarde, os membros inferiores são compromettidos. A principio manifesta-se, n'estes, a paresia sem atrophia, facto que não póde deixar de despertar a attenção, porquanto é de estranhar o contraste apresentado entre os membros inferiores, com as suas saliencias musculares perfeitamente desenhadas, e os superiores, reduzidos a verdadeiros esqueletos. Nada se observa para o lado da bexiga e do recto, não ha tendencia á escharas.

A paresia vai pouco a pouco augmentando, de modo que nos ultimos tempos o doente é obrigado a guardar o leito; e para isso não só concorre a paralysia, como tambem as contracturas, a principio, transitorias, mais tarde, permanentes.

A nutrição se conserva normal por muito tempo; não é sinão na passagem do segundo para o terceiro periodo que verificam-se as contracções fibrillares e a atrophia; a rigidez diminue, porém nunca desapparece.

No terceiro periodo apparecem os phenomenos bulbares, entre cujos soffrimentos o doente fallece.

*
* *

Antes de encetar a ultima parte do nosso trabalho faremos, em um esboço synthetico, o estudo comparativo das differentes especies nosologicas que temos descripto, o que nos facilitará o estudo dos factos capitaes de sua historia clinica.

As myelites chronicas em via de regra tendem a se generalisar, a invadir todo o eixo espinhal; teem, portanto, geralmente uma evolução progressiva. Lentamente os symptomas vão se aggravando, as paralysias accentuando-se cada vez mais, ou então observam-se verdadeiras alternativas de melhora e de aggravação. Terminadas as recrudescencias, que se traduzem, já por accessos de dores fulgurantes, já por uma incrementação brusca das perturbações locomotoras, a affecção póde progredir lentamente, porém o que na maioria das vezes se observa é tornar-se estacionaria ou, o que é menos frequente, o estado do individuo melhorar de um modo notavel.

De todas as myelites aquellas em que as alternativas de melhora e aggravação mais distinctamente se fazem notar são, por sem duvida, as diffusas transversas e centraes; assim, factos de observação teem demonstrado que musculos

paralysados e em começo de atrophia teem, não só recuperado a motilidade, como tambem o seu volume normal; teem provado ainda que a molestia muitas vezes cede definitivamente.

A ataxia locomotora, a atrophia muscular progressiva e a sclerose em placas podem estacionar egualmente em sua marcha e apresentar melhoras sensiveis. Bourdon refere o facto de um tabetico, que, tratado por elle, havia oito annos, voltava de novo aos seus affazeres, julgando-se perfeitamente bom; decorrido, porém, esse longo espaço de tempo, os accidentes reapparecem, um novo processo phlegmasico se estabelece. Não é possivel, como já se tem ponderado, que, ao envez de uma intermittencia, uma cura radical podia-se conseguir si o individuo se submettesse a um tratamento rigoroso e observasse com a maior regularidade os imprescindiveis preceitos de hygiene? Não temos a menor duvida.

A atrophia muscular não raras vezes deixa de ser progressiva; assim, Duchenne de Boulogne cita factos de individuos, que, soffrendo d'esta affecção generalisada, desde os dezoito annos chegaram, comtudo, á extrema velhice.

Charcot tem egualmente observado estas remissões na sclerose em placas. Conclue-se do que temos dito que as myelites pertencendo ao numero das mais graves affecções do quadro nosologico são, no entretanto, muito compativeis com a vida, em virtude d'essas longas intermittencias de sua marcha. Com effeito, o primeiro periodo da ataxia locomotora, caracterisado pelas perturbações oculares e as dores, póde se prolongar por dez, doze e até vinte annos.

As amyotrophias, na atrophia muscular progressiva, podem, por longo tempo, limitar-se á alguns musculos. Essas remissões assemelham-se, antes, a curas, e é provavel que, n'essas condições, a marcha progressiva da molestia seja procedente de uma causa occasional, que tivesse despertado a actividade do processo inflammatorio.

Entre as systematicas, é a sclerose lateral amyotrophica a que parece precipitar-se mais em sua marcha. Charcot assignala-lhe a media de dois a tres annos. As outras variedades podem excepcionalmente terminar-se pela morte em menos de um anno. Os individuos affectados de myelite chronica succumbem em virtude de uma syncope ou asphyxia, quando as lesões invadem o bulbo rachidiano, particularmente o nucleo do pneumogstrico. São causas que produzem muitas vezes a morte, n'estas molestias, a febre hetica, a nephro-cystite, e, finalmente, a tuberculose que aproveita o estado marasmatico do organismo para fazer a sua explosão.

A sclerose lateral amyotrophica, a atrophia muscular progressiva e a myelite central ascendente são as que, mais vezes, terminam por paralysia bulbar; a sclerose em placas mais raramente se termina por esse modo

Terceira Parte

TERCEIRA PARTE

Diagnostico

Chegámos, finalmente, á ultima parte de nossa dissertação—*diagnostico differencial entre as diversas especies de myelite chronica.*

Pondo em parallelo as variedades que mais se aproximam pelos symptomas e marcha, analysando os pontos pelos quaes se destacam, sinão de um modo satisfactorio, ao menos tanto quanto o permittem os limites de um trabalho d'esta ordem, julgamos concluida a nossa missão.

A subordinação dos symptomas á séde das lesões é o elemento de que dispõe o clinico para estabelecer o diagnostico de uma myelite chronica parcial, ou sclerose circumscripta.

Si os membros inferiores são privados da sua motilidade, isto é, si ha paraplegia, é muito provavel que o fóco inflammatorio occupe a região lombar; si a paralysia se estende á bexiga e ao recto, a parte inferior da região dorsal é affectada, para cujo diagnostico ainda concorrem as dores em cinta e a paralysia dos musculos abdominaes.

Finalmente a extensão da paralysia aos quatro membros ou a sua permanencia nos membros superiores, a existencia de perturbações oculo-pupillares indicam a presença de lesões na região cervical.

As myelites periphericas se caracterisam pelos symptomas peculiares á substancia branca; em nenhuma d'ellas se observam os symptomas pertencentes ás lesões da substancia cinzenta; as atrophias, principalmente, são symptomas negativos d'essas variedades clinicas. Si o doente entre os seos soffrimentos não accusa sinão paresia ou completa paralysia, temos toda a razão para acreditar que só a substancia branca é lesada; si, porém, com essas perturbações da motilidade coincidem perturbações francas de sensibilidade, não teremos a menor duvida em affirmar que a substancia branca posterior é, por sua vez, compromettida.

A paralysia de um lado e a anesthesia do lado opposto trarão ao espirito a idéa de uma hemiplegia espinhal.

A sclerose em placas e a ataxia locomotora progressiva muitas vezes se confundem, sobretudo, pelos symptomas cephalicos. O seguinte quadro estabelecerá as differenças:

Sclerose em placas	Ataxia locomotora
O primeiro phenomeno que o doente apresenta é marcha incerta, geralmente, o que depende da paresia dos membros inferiores.	O mesmo phenomeno sobrevem, em via de regra, 10, 12, 15 e 20 annos depois da invasão da molestia, precedido de perturbações para o lado da sensibilidade, perturbações cephalicas, paralysia dos nervos motores oculares, vertigens, etc.
A marcha vacillante assemelha-se a de um ebrio. Os pés conservam-se desviados para augmentar a base de sustentação, arrastam-se pelo solo, do qual difficilmente se destacam.	Os membros irregular e convulsivamente são projectados, ora para a direita, ora para a esquerda. Os pés caem bruscamente sobre o sólo, chocando-o com violencia.
O tremor é representado por oscillações rithmicas. Os movimentos são lentos e adaptam-se ao fim a que são destinados, e a força com que se exercem está em relação com o peso e volume do objecto que tem de ser movido.	Não ha oscillação rithmicas, os movimentos são amplos, bruscos e desordenados. O objecto é apprehendido de um modo convulsivo pela mão, cujos dedos se flexionam brusca e desordenadamente.
A occlusão dos olhos não exerce a menor influencia sobre os movimentos rithmicos, a marcha e a stação.	A occlusão dos olhos exagera a incoordenação motora, impossibilita a marcha e o doente oscilla e cáe.
Geralmente não ha perturbações para o lado da sensibilidade.	Perturbações multiplas e muito frequentes se observam: analgesia, anesthesia,

	comprommettendo os musculos e as articulações, dôres fulgurantes, sensibilidade pervertida, o doente julga pisar em um solo desigual, muitas vezes em um tapete, etc.
Ha conservação do sentido muscular. A contractura dos membros vem muito tardiamente.	Perda de sentido muscular. A contractura só se observa excepcionalmente.
O enfermo conserva a noção da posição dos membros, com os olhos fechados póde determinar precisamente a posição que elles occupam.	O doente não conserva a noção da posição dos membros.
A epilepsia espinhal dos membros tem a fórma tonica.	O mesmo phenomeno tem a fórma saltatoria.
Ha geralmente desde o principio da molestia vertigem gyratoria.	Não se observa vertigem.
Existe nystagnus.	Esse phenomeno geralmente não é observado.
A amblyopia raramente traz cegueira completa.	A amblyopia traz quasi sempre cegueira completa.

A myelite chronica transversa, a atrophia muscular progressiva, a central ou periependymaria e a sclerose lateral amyotrophica confundem-se muitas vezes na pratica pelo symptoma commum — amyotrophia; porém symptomas differenciaes existem que nos authorisam a opinar por esta ou aquella variedade, como verêmos nos seguintes quadros.

Myelite transversa generalisada	Sclerose lateral amyotrophica
Ás paralysias precedem dôres violentas na columna vertebral.	Não ha dôres ou se existem são pouco intensas.
Commummente observa-se anesthesia.	Este phenomeno nunca se apresenta á observação.
As paralysias atrophicas não accommettem com regularidade todos os musculos dos membros superiores; os membros inferiores são posteriormente affectados.	A atrophia de um modo uniforme invade todos os musculos dos membros superiores.
Os musculos não respondem ás excitações electricas.	As partes atrophicas conservam geralmente a contractilidade electrica; só é totalmente abolida quando não existe, siquer, uma fibra muscular intacta.
As funcções de micção e defecação perturbam-se.	Os reservatorios funccionam regularmente.
As funcções nutritivas da pelle são comprometidas, bolhas, a principio, e scharas mais tarde, se manifestam na região sacra.	Não ha perturbações trophicas da pelle nem tendencia a scharas.

Atrophia muscular progressiva	Sclerose lateral amyotrophica
Em via de regra não ha prodromos ou se os ha passam despercebidos.	Observa-se geralmente no começo da molestia formigamento e torpor nos membros superiores.

A atrophia muscular é o symptoma inicial. A paralysia progride com a atrophia, isto é, resulta d'ella.	O symptoma que, primeiro, desperta a attenção do paciente é a paresia, que precede á atrophia.
A atrophia é progressiva, começa, geralmente, por um grupo de musculos, um musculo ou feixes de um mesmo musculo. Habitualmente os primeiros affectados são os da mão, sobretudo os da região thenar e hypothenar.	A atrophia não poupa musculo algum do membro superior; affecta-os desde a extremidade do membro até a raiz.
Nos ultimos periodos da molestia os membros inferiores são, por sua vez, acommettidos de atrophia muscular; nestes, como nos membros superiores, apresenta sempre a marcha progressiva.	Os musculos dos membros inferiores são poupados pela atrophia; poderão com os progressos da molestia soffrer um emmagrecimento mais ou menos adiantado, e, n'esse caso, a distrophia será tão uniforme nos membros inferiores, como o é a atrophia nos membros superiores.
A atrophia tem uma evolução lenta; a paralysia lhe succede, e só nos ultimos periodos da affecção uma e outra se fazem notar nos membros inferiores.	A atrophia tem uma evolução rapida. A paralysia é geral nos membros superiores; um anno depois, no maximo, os membros inferiores paralysam-se egualmente.
Só existe contractilidade faradica na fibra muscular sã; si está em começo de	A contractilidade electrica se conserva por muito tempo coincidindo mesmo com uma

atrophia, aquella diminue, e desapparece quando a atrophia é muito notavel.

estado de atrophia muito adiantado.

Logo em começo da molestia, a sensibilidade diminue ou desapparece. O doente não experimenta dôr alguma pelos movimentos impressos aos membros contracturados.

Para o lado da sensibilidade existem perturbações, quer expontaneas, quer provocadas pelos movimentos destinados a mudar a posição dos membros contracturados.

Em phase alguma da molestia se observa contractura permanente e trepidação epileptoide.

Nos membros paralysados ou atrophiados observa-se rigidez espasmodica, que, a principio, temporaria, torna-se mais tarde permanente Quando os membros superiores ainda podem executar movimentos, nota-se muitas vezes o phenomeno da trepidação epileptoide.

Ha um resfriamento quasi constante nas partes atrophiadas.

Os doentes não sentem resfriamento algum nas partes affectadas.

As deformações resultam da paralysia. Os desvios dos membros superiores não revestem uma fórma constante, variam.

As deformações observadas procedem das contracturas permanentes. Os membros superiores acham-se em flexão, os inferiores em extensão.

A myelite chronica central ou peri-ependymaria confunde-se algumas vezes em clinica com atrophia muscular progressiva; apresentam,

entretanto, symptomas distinctivos, pelos quaes podemos reconhecel-as. Na atrophia muscular a paralysia é uma consequencia da atrophia. Na myelite central a paralysia precede á atrophia, paralysia que é logo seguida de diminuição e desapparecimento de contractilidade electrica. Symptomas alheios á atrophia muscular ainda veem auxiliar a resolução do problema. Nos ultimos periodos da evolução da myelite peri-ependymaria, a atrophia muscular é consideravel, e muito notavel o enfraquecimento da contractilidade electrica, o que vem, sobremodo, complicar o diagnostico differencial; porém a historia da doença resolverá as difficuldades; assim, o apparecimento rapido das perturbações motoras, os repetidos periodos de melhora, etc., militarão em favor de uma myelite diffusa.

Confrontando a sclerose dos cordões posteriores e a sclerose dos cordões lateraes, damos por concluido o nosso trabalho.

Sclerose dos cordões lateraes	Sclerose dos cordões posteriores
Os pés arrastam-se, embaraçam-se e difficilmente se destacam do sólo.	Os pés são projectados para diante e para fóra, e cáem sobre o sólo, chocando-o violentamente com o calcanhar.
A occlusão dos olhos em nada influe sobre a marcha e a estação.	A incoordenação motora dos membros inferiores é altamente exagerada quando o doente anda nas trevas ou tem os olhos fechados.

Os membros inferiores formam peças inteiriças; não se flexionam em consequencia da rigidez da articulação, acham-se aproximados um do outro e para desvial-os é necessario que se empregue violencia.	Os membros inferiores, são flaccidos, excessivamente flexiveis e algumas vezes parecem deslocados.
Nenhuma perturbação para o lado da visão.	Ha amblyopia ou amaurose, paralysia dos musculos motores do olho.
As funcções genitaes conservam-se mais ou menos normaes até a terminação da molestia.	No homem, as funcções genitaes perturbam-se algumas vezes profundamente: ha desde o começo da molestia excitação genesica.
Nada para o lado da bexiga e do recto, nenhuma tendencia para a formação de scharas.	No fim da molestia a bexiga e o recto são comprometidos, as urinas tornam-se purulentas, ha tendencia á formação de scharas.

Proposições

Cadeira de medicina legal e texicologia

CARACTERES DAS MANCHAS DE SPERMA

I

As manchas de sperma não se caracterisam por seu aspecto exterior.

II

Os caracteres seguintes são attribuidos ás manchas spermaticas: contornos irregulares, coloração mais carregada, nos bordos que no centro, maior consistencia da parte manchada, cheiro particular.

III

Nenhum d'esses caracteres merece confiança, porquanto manchas outras que não as spermaticas podem apresental-os.

IV

Só o exame microscopico nos póde assegurar o caracter spermatico de uma mancha, revelando-nos a existencia do spermatozoide

V

O corpo encontrado por Boettcher no sperma desseccado não tem o valor diagnostico que lhe attribue esse author.

VI

Os spermatozoides teem a confirmação das bacterias bacillares em seus primeiros estadios de desenvolvimento, das, vulgarmente, chamadas sapinhos.

VII

Teem de extensão 33 a 50 millesimos de millimetro, sendo cinco para cabeça piriforme e o resto para a cauda filiforme.

VIII

Os spermatozoides conservam seus movimentos por muitas horas nas manchas recentes e que não teem soffrido a influencia prejudicial da urina, acidos ou mesmo da agua.

IX

Quanto mais tenues são as manchas spermaticas, tanto mais rapido é o seu desseccamento, e portanto mais depressa perdem os spermatozoides os seus movimentos.

X

O collo e o corpo do utero offerecem as condições mais favoraveis á vitalidade dos spermatozoides, cujos movimentos rapidamente desapparecem na secreção acida vaginal.

XI

O exame microscopico póde revelar, no sperma desseccado, a existencia dos spermatozoides, passados muitos annos.

XII

Diversos processos são aconselhados para esse exame.

Cadeira de pathologia cirurgica

DAS LUXAÇÕES EM GERAL

I

Chama-se luxação todo o deslocamento permanente de duas superficies articulares.

II

As luxações se dividem em congenitas, espontaneas ou graduaes e traumaticas.

III

As luxações congenitas ou são hereditarias ou produzidas por violencias exteriores sobre o ventre da mãe ou ainda por affecções articulares, como a hydropisia da synovial.

IV

A posição viciosa do feto no utero, uma parada de desenvolvimento, uma retracção muscular consecutiva á lesões dos centros nervosos, são ainda causas pelas quaes se procura explicar essas luxações.

V

Estas luxações teem predilecção para as articulações coxo-femural e do pé.

VI

O tratamento é em via de regra improficuo. O processo de M. Pravaz se divide em tres tempos: o primeiro ou de extensão, o segundo, de reducção e o terceiro de immobilisação do membro e compressão da articulação por meio de uma cinta de pressão lateral.

VII

A luxação espontanea ou gradual é quasi sempre um symptoma de tumor branco.

VIII

No curso de certas febres graves, observam-se luxações completas sem alterações apreciaveis circumvizinhas.

IX

As luxações traumaticas podem ser completas ou incompletas; nas primeiras ha separação completa das articulações, nas segundas, ainda se conservam em contacto por um ponto.

X

Os symptomas que as traduzem são: dôr ao nivel da articulação, movimentos alterados, e finalmente deformação do membro

XI

Uma luxação não reduzida persiste geralmente, e uma falsa articulação se fórma, permittindo ao doente o uso de seus membros algumas vezes.

XII

As complicações das luxações são primitivas ou secundarias; entre as primeiras notamos as feridas ao nivel da articulação, fracturas, etc.; entre as segundas, o tetano, a arthrite, hydrarthrose, tumor branco e ankilose.

Cadeira de materia medica e therapeutica

ACÇÃO PHYSIOLOGICA E THERAPEUTICA DO LEITE

I

O leite encerra em sua composição materias azotadas, graxas, assucaradas e sáes; é, portanto, um alimento completo. Sob um ponto de vista geral é um alimento reparador e de facil digestão.

II

O leite produz constipação de ventre quando é digerido e absorvido convenientemente.

III

Só produz diarrhéa quando é mal tolerado pelo estomago, o que se observa em individuos que gozam de uma idiosyncracia especial para esse alimento.

IV

Os factos de observação quotidianos teem demonstrado, de um modo cabal, a acção diuretica do leite.

V

Determina a diurese pela quantidade d'agua que encerra ou por outros principios de sua composição que sollicitam a secreção renal?

VI

O leite deve ser tomado recentemente extrahido, ou frio depois de ter soffrido prévia ebullição.

VII

O leite é um medicamento de grande valor contra o rachitismo, mal de Pott e ulcera simples do estomago.

VIII

O leite é um medicamento poderoso e que goza de uma justa reputação contra o mal de Bright.

IX

Na qualidade de alimento completo e de facil digestão convém na tuberculose pulmonar, bem

como na convalescença das molestias que trazem prostração de forças.

X

Nas gastrites chronicas é um medicanto de grande confiança, segundo a nossa observação do Hospital da Mizericordia.

XI

As suas propriedades emollientes tornam-n'o recommendavel nas bronchites chronicas.

XII

A irritabilidade do estomago explica a indicação do leite nos casos de carcinoma d'esse orgam.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Ars longa, vita brevis, occasio prœceps, experimentum fallax, judicium difficile.

(Sect. I. Aph. I.)

II

Ubi delirium somnus sedaverit, bonum.

(Sect. II. Aph. II.)

III

Lassitudines sponte obortœ morbos prænuntiant.

(Sect. II. Aph. V.)

IV

Frigidum ossibus adversum, dentibus, nervis, cerebro, dorsali medullæ, calidum vero utile.

(Sect. V. Aph. XVIII.)

V

Frigidum vero convulsiones, nervorum distentiones, denigrationes et rigores febriles.

(Sect. V. Aph. XYII.)

VI

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum denuntiant.

(Sect. II. Aph. III.)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 9 de Setembro de 1883.

Dr. Caetano de Almeida.
Dr. Benicio de Abreu.
Dr. Oscar Bulhões.